

LECCION XCIII.

Consideraciones generales sobre las hernias en el concepto operatorio.

— Region umbilical: datos anatómicos.—Hernias que se presentan en esta region.— Tratamiento quirúrgico.—Anatomía de las regiones inguinal y crural exponiendo todos los datos de mayor importancia que hacen referencia á el estudio del tratamiento quirúrgico de las hernias.— Cura radical de esta clase de efectos; condiciones que debeu llenar los procederes quirúrgicos que se encaminen á conseguir este fin.— Procedimiento del Dr. Egea. — Instrumental y manera de practicarlo.

Merecen un detenido estudio las hernias que tienen su asiento en las paredes abdominales, tanto por su frecuencia, cuanto por las complicaciones que en pos de sí traen esta clase de afectos.

No hemos de entrar en consideraciones sobre la manera como se forman aquellas, las causas, etc., pues no queremos rebasar los límites que señalan el campo de la Patología quirúrgica; pero sí debemos indicar algunos puntos que más directamente se relacionan con el *objetivo* de nuestro estudio.

Preséntanse las hernias en el ombligo, anillo inguinal, region crural y en otros sitios, en los cuales son mucho ménos frecuentes; de manera, que en la generalidad de casos el cirujano ha de tratar dichos afectos en los puntos referidos. La hernia puede ser congénita ó adquirida, intestinal, exclusivamente formada por el epiploon, ó mixta, por estar compuesta de los dos elementos anteriores.

Tambien puede ser reductible ó irreductible, por su magnitud ó por las adherencias que haya contraído. Como base para el tratamiento quirúrgico hay que tener en cuenta, si la hernia tiene cubierta peritoneal ó bien si esta membrana ha dado paso á los intestinos por una abertura que exista en la serosa.

Refiriéndonos á la anatomía del vientre, decíamos en una nota de la obra de Tillaux, que por la disposicion de las aponeurosis abdominales se explicaba la manera como la Naturaleza habia procurado atender á la flexibilidad y proteccion de las vísceras contenidas en la cavidad abdominal.

Como dichos órganos sufren aumento de volúmen como sucede

á el útero, estómago, vejiga urinaria é intestinos, si las paredes abdominales fueran inextensibles, no seria posible la dilatacion sinó á expensas del espacio comprendido entre los órganos contiguos, lo cual ocasionaria los trastornos que son consiguientes; por otra parte, si dichas paredes no estuviesen suficientemente reforzadas, las hernias y las eventraciones de toda especie se originarian al menor esfuerzo.

Para armonizar ambos fines de proteccion y flexibilidad, existe un entrecruzamiento de aponeurosis y músculos desde el lado derecho á el izquierdo, reforzado además por los músculos rectos y piramidales, colocados en la parte anterior del abdómen; pero como si todo esto fuera escaso, hácia la parte posterior de la pared abdominal, están colocados el uraco y las arterias umbilicales, convertidas en la vida extra-uterina, en fuertes cordones fibrosos; y hácia la parte superior, la vena umbilical, transformada tambien en cordon fibroso, que, en union con los anteriores, toma un punto de resistencia comun en el anillo del ombligo.

El vientre se divide en nueve regiones, limitadas por dos lineas imaginarias en direccion perpendicular á otros dos, dirigidas horizontalmente á las paredes abdominales.

Estos límites, circunscriben tres regiones superiores, é igual número en la parte media é inferior, denominándolas: epigastrio, hipocondrio derecho é izquierdo, á las primeras; region umbilical y vacios á las colocadas en la parte media; é hipogastrio y fosas iliacas á las inferiores.

Al tratar de la gastrostomia hemos indicado los puntos anatómicos más importantes, aplazando el estudio de los hipocondrios é hipogastrio, para cuando nos ocupemos de las maniobras quirúrgicas que recaen sobre el higado, bazo y vejiga. La anatomía del ombligo y la de las regiones inguinales y crurales está intimamente relacionada con las hernias que en estos puntos se forman, por cuyo motivo vamos á exponer algunas consideraciones referentes á este punto.

Representa el anillo umbilical una abertura de las aponeurosis que componen la línea blanca, de figura elipsoidea muy irregular, con motivo de la diferente retraccion de las dos mitades de la elipse; pues, en tanto que la inferior queda sujeta con el cordon fibroso del úracó y tejidos que acusan la antigua existencia de las arterias umbilicales, la parte superior sólo tiene la atrofia de la

vena que se dirige hácia el hígado, siendo permeable durante la vida fetal.

En muchos individuos, la piel coarrugada está en plena relacion con el peritóneo, en tanto que en otros existen pelotones grasientos que sirven de tapon á esta abertura.

Algunos niños suelen estar afectados de la hernia umbilical congénita que se cura mediante un ligero vendaje contentivo. Varias veces se presenta tambien en el recién nacido el ano accidental en el ombligo, debido á que una asa intestinal fué cogida y estrangulada con el cordonete que se aplica despues del nacimiento, por haber existido una punta de hernia y haber fijado aquél muy cerca de las paredes abdominales.

No contiene la region umbilical vaso alguno importante que sea motivo para que el cirujano se preocupe en la *quelotomia* de esta clase de hernia. Es por otra parte muy raro de que se verifique la estrangulacion en dichos afectos, pues el anillo ó abertura presenta bastantes dimensiones y ofrece poca longitud, hasta el punto que es un verdadero agujero más bien que un conducto.

El tratamiento paliativo debe ser una pelota ancha de braguero, debiendo procurarse que sea de goma llena de aire y sujeta por un cinturon elástico sostenido por medio de tirantes.

En los casos en que haya estrangulacion, el cirujano debe tener presente que, además de las adherencias patológicas que se forman entre el saco herniario peritoneal y el cutáneo se encuentra *normalmente* esa union—de la cual hemos hecho referencia más adelante—entre la piel y el peritóneo umbilical.

Acontece que las hernias cuando son antiguas y voluminosas han perdido, como decia Petit, el derecho de domicilio dentro de la cavidad del abdómen, y entónces, si las reducimos, el enfermo siente unas grandes angustias con fenómenos de compresion, hasta tanto que vuelven á salir las asas intestinales que se redujeron. El hecho se explica satisfactoriamente, tan sólo con tener en cuenta, que en estas circunstancias las paredes del vientre se han deprimido para llenar el hueco de los intestinos que salieron á formar la hernia, y éstos, á su vez, tienen fuera del abdómen otra clase de compresion que dentro del vientre, lo cual provoca los sintomas que hemos indicado.

Mas, cuando la hernia es de pequeño volúmen ó reciente, es ventajoso que el individuo lleve un *braguero* como medio paliativo,

pues esto puede evitar accidentes y complicaciones temibles que se hubieran podido remediar á tiempo tan sólo con el uso de los aparatos ortopédicos mencionados, de los cuales se han recomendado diferentes modelos, que no sirven, la mayor parte de ellos, para el uso que se les destina, debido á que muchos constructores no tienen ni la más ligera idea de los conocimientos anatómicos referentes á las regiones en que se forman las hernias.

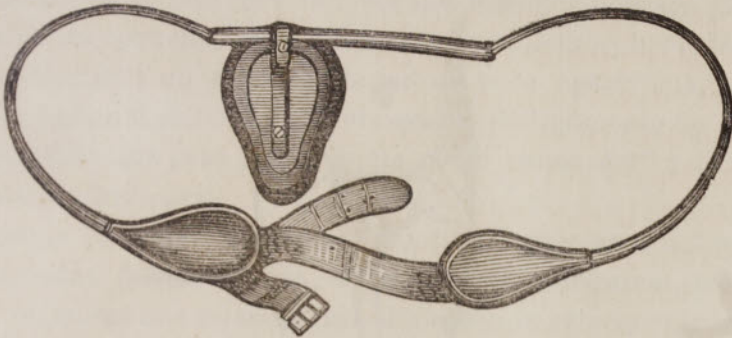


Fig. 346. Braguero de Dupré.

Los *bragueros* que á nuestro modo de ver reúnen mejores condiciones son los de Dupré, cuyos grabados ponemos á continuación así como el de Von Praags.

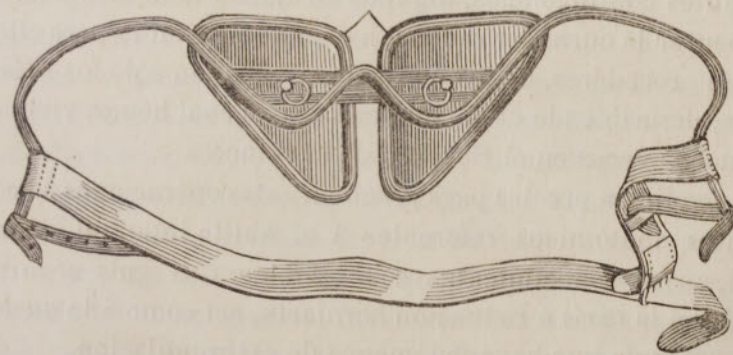


Fig. 347. Braguero de Dupré de anchas almohadillas;

Este último tiene las ventajas siguientes: 1.º no produce presión dolorosa como acontece con los que tienen fuertes armaduras metálicas y resortes de acero de *mucho temple*; 2.º protege las dos re-

giones inguinales: y en este concepto puede servir para cuando el afecto es doble.

Las condiciones que debe tener un buen braguero han de ser: que no sea muy pesado; que comprima en la dirección del eje del conducto por donde sale la hernia; que haya una fuerza compresiva en el aparato sostenida por un vendaje ó resorte, que obre con constancia en virtud de una propiedad intrínseca, cual acontece con la elasticidad.



Fig. 348. Braguero (modelo Von Praags).

Como la existencia de una hernia viene á ser una causa abonada para que haya accidentes y complicaciones, y los bragueros—por perfeccionados que sean — no siempre pueden poner á cubierto de semejantes contingencias, algunos cirujanos han ideado el medio de procurar la curacion radical, habiendo instituido para ello multitud de procederes, de los que indicaremos tan sólo los más principales, describiendo el del doctor Egea, el cual hemos visto ejecutar muchas veces en el Hospital de la Princesa.

Es condicion precisa para practicar estas operaciones, el conocer los datos anatómicos referentes á el anillo inguinal y conducto crural, cuyos conocimientos son tambien una guia segura para proceder á la *táxis* ó reduccion herniaria, así como á la *quelotomia* en los casos de que haya fenómenos de extrangulacion.

El conducto inguinal es una abertura oblicua de comunicacion entre la region sub-peritoneal y sub-cutánea; mide unos dos y medio centímetros próximamente, y su dirección es de arriba abajo, de fuera adentro y un poco de atrás adelante, en el espacio comprendido por el espesor de las paredes abdominales.

Está formado dicho conducto por dos caras, dos ángulos ó bordes, un agujero anterior ó sub-cutáneo y otro posterior ó subperitoneal.

Las caras están compuestas por la aponeurosis del músculo oblicuo mayor y la *fascias transversalis*; los bordes, por una parte del ligamento de Poupart ó de Falopio (1) y el oblicuo inferior y transverso: el primero inferiormente y superiormente los segundos (2).

Constituyen la abertura anterior dos manojos fibrosos, dependientes de las aponeurosis de los músculos oblicuo, y hácia la parte inferior descuella un reborde fibroso de poca apariencia, apénas notable, á el cual se le ha dado el nombre de ligamento de Colles, concediéndole una gran importancia como causa activa de la extrangulación herniaria.

Hácia la abertura abdominal hay tres depresiones del peritóneo, llamadas: fositas interna, externa y vésico-inguinal, teniendo las dos primeras una relacion inmediata con la arteria epigástrica, por cuyo motivo se recomienda el no herirla en los cortes que, para los desbridamientos, se verifiquen en este sitio.

Por el conducto inguinal pasa en el hombre el cordon espermático, la arteria del mismo nombre y otros vasos que establecen anastomosis con las ramas pudendas externas superiores.

Tambien pasan por el mismo ramos nerviosos del génito-inguinal, causa por la cual son dolorosas las presiones, traumatismos ó flegmasias que recaen sobre dicha region.

En unos individuos las depresiones peritoneales que constituyen las fositas, ántes indicadas, apénas son apreciables, pero en otros el peritóneo es empujado por los intestinos hácia el conducto, formando diversos grados, desde lo que se llama la punta de hénria hasta el tumor considerable que se asemeja á la eventracion.

Pocas regiones topográficas tendrán la importancia que la inguinal; no es, pues, de extrañar que sobre este punto se hayan multiplicado las investigaciones, especialmente en la parte que se relaciona con las hernias inguinales. Lo primero que llama la atencion de dicho conducto es su oblicuidad, la cual puede expli-

(1) Toda vez que la abertura ó agujero abdominal queda un poco más arriba de dicho cordon fibroso.

(2) Fibras del músculo transverso componen tambien la cara posterior del conducto inguinal.

carse en el *concepto fisiológico*, porque esta disposición dificulta la salida de las vísceras, aminorando la propensión á las hernias.

¿Qué sucedería si el conducto inguinal, en vez de oblicuo fuese recto? Fácilmente se comprende, que al menor esfuerzo de las paredes abdominales, las vísceras buscarían su *escape* por el mismo, si éste llevase una dirección rectilínea póstero-anterior.

Siendo oblicuo, las vísceras empujan, cuando son comprimidas por algun esfuerzo, la pared posterior de dicho conducto, la cual se aplica sobre la anterior obturando por completo el calibre, y obrando á la manera de una válvula que viniese á obturar dicha cavidad.

Debido á semejante disposición, no se concibe el que una hernia pueda formarse, á no estar muy dilatado, desde la época fetal, el orificio interno del conducto. No quiere decir esto que los individuos que padecen hernias, han de tener siempre esta disposición congénita, toda vez, que en posteriores edades de la niñez puede presentarse este accidente á consecuencia de un esfuerzo del diafragma, estando en relajación los músculos de la pared abdominal; pero lo ordinario, lo que sucede comunmente, es que ciertos sujetos, por la causa referida, tienen gran predisposición á padecer la hernia.

Para estudiar la región *de la ingle* es necesario exponer los datos anatómicos desde la periferia hácia el centro del llamado anillo crural. De la espina iliaca ántero-superior se dirige el ligamento de Poupert á su otra inserción de la espina del púbis.

Esta tira ligamentosa tiene en su parte interna una porción refleja que, á manera de triángulo, con la base curvilínea hácia dentro, sirve para la tensión del ligamento de Poupert. A la porción refleja se la conoce con el nombre del cirujano español Gimbernat, por ser el que la describió con más perfección, dándole gran importancia como causa productora de la extrangulación de la hernia crural. Gimbernat demostró ánte el célebre Hunter sus conocimientos y el gran experimentador inglés pudo convencerse de la verdad que encierra la teoría del profesor español.

El hueco comprendido entre el ligamento de Falopio y el borde anterior del hueso iliaco y superior del púbis está ocupado por los órganos siguientes: hácia fuera por los músculos psóas é iliaco; por la parte interna el músculo pectíneo, los que, con el ligamento de Falopio, vienen á circunscribir un verdadero triángulo de base

anterior y vértice póstero-inferior. La primera mide unos cuatro á cinco centímetros.

Dentro del hueco ó triángulo crural se encuentra la arteria femoral en su origen, y hácia la parte interna é inferior la vena del mismo nombre. El nervio está colocado más hácia el lado externo, de modo, que no tiene con la arteria una relacion tan íntima como sucede con la vena. Existen tambien en este espacio varios gán-glios linfáticos, alguno de ellos de grandes dimensiones, especialmente, el que de ordinario se encuentra situado hácia el lado interno, contiguo á la base del ligamento de Gimbernat.

El estudio de superposicion de capas anatómicas empezando por la cara ántero-interna y superior del muslo, tomando como base el ligamento de Falopio, comprende en un plano superficial el triángulo llamado de Scarpa (1) compuesto por el ligamento mencionado—como base—músculo sartorio y abductor que representan los lados. Levantada la capa anatómica correspondiente á los referidos órganos y aponeurosis intermedia, en la cual existe la lámina cribosa y la abertura por donde penetra la vena safena interna, aparecen los vasos femorales ya indicados, recubiertos por una hoja aponeurótica en forma de prolongado embudo. Dichos vasos no tocan directamente á la rama horizontal del púbis, pues existe por debajo una tira fibrosa que se la conoce con el nombre de ligamento de Cooper.

Esta region más profunda puede compararse con un verdadero prisma triangular cuyas caras están formadas por el plano superficial, que representa el área del triángulo de Scarpa, y las caras interna y externa, respectivamente, por el músculo pectíneo y el psóas é iliaco.

La base de este prisma está ocupada por los vasos femorales, nervio crural y algunos gán-glios linfáticos asi como el *sextum crurale* de Cloquet.

Este *tabique* ocupa lo restante del anillo descrito. Contigua á membrana aponeurótica existe una lámina fibrosa que viene á ser la parte más condensada del tejido sub-peritoneal; y más posteriormente el tejido celular bastante laxo en relaciones inmediatas con el mismo peritóneo.

(1) Indicamos este punto anatómico porque las hernias crurales forman prominencia en este sitio.

En resúmen: las hernias pueden extrangularse por la base del ligamento de Gimbernat, debiendo tenerse presente en los esfuerzos de la *taxis* ó en algun desbridamiento que hubiera necesidad de practicar hácia la parte externa, de que la vena femoral queda contigua á el cuello de la hernia.

Expuestos los datos anatómicos más principales, vamos á ocuparnos de la cura radical de éstas, fijándonos exclusivamente en los procederes que tienen mayor importancia.

Creemos muy expuestos á terribles accidentes y complicaciones las inyecciones yodadas en el saco herniario, las cauterizaciones y otra clase de maniobras quirúrgicas que se han venido recomendando en distintas épocas. Así como creemos también que se han propuesto otros medios de tan poca eficacia que no llegan á producir el efecto que se desea (1).

Un buen procedimiento debe tener las bases siguientes: 1.^o servirse de la misma piel para obstruir el conducto; 2.^o no despertar más flegmasia adhesiva que aquella que sea la absolutamente indispensable para la cicatrizacion.

Bajo estas condiciones se han ensayado los procederes de Gerdy Wurtzer y Egea.

Describiremos este último por reunir muy buenas condiciones prácticas y contar una larga série de éxitos.

Los instrumentos de que se sirve dicho cirujano son: un dedal metálico provisto de cuatro ranuras en sus paredes y de una perforacion circular en su fondo; una aguja lanceolar ligeramente encorvada en su punta y provista de un mango fuerte de búfalo, y un bastoncito con una ranura central y dos laterales, mediando entre estas últimas la misma distancia que el diámetro de la abertura del dedal que se usa (2).

«Colocado el enfermo convenientemente y el cirujano en frente de la pélvis, permanece un ayudante detrás del operado, de modo que pueda intervenir fácilmente en el momento oportuno con su cooperacion.

Reduce el operador la hernia é invagina, con el dedo índice de la mano izquierda, la piel de la ingle y parte del pliegue escrotal

(1) Un profesor de Zaragoza, Dr. Casas, habia propuesto las inyecciones de alcohol para provocar la flegmasia adhesiva del saco herniario.

(2) Notas del Dr. Creus á la obra de Nélaton, 2.^a edicion, tomo V, 1.^a parte, pág. 258.

en el interior del conducto inguinal; esta invaginacion debe hacerse de un modo pausado para evitar dolores al paciente, y sosteniendo con la derecha el testículo y la parte del escroto de aquel lado para que no quede en nada deforme aquella parte.

Una vez que se haya atravesado el anillo y se encuentre el dedo en contacto con la cara interna de la pared abdominal, se toma con la mano derecha la aguja, en la que se ha enhebrado un cordonete fuerte, del que cuelga el dedal, pasando aquél por el orificio de su fondo, y á cuyo extremo libre se encuentra atado el bastoncillo por su muesca media. Con la punta de la aguja se sigue la cara palmar del indice izquierdo, siempre dentro del anillo y sosteniendo la invaginacion en dedo de guante de la piel.

Llegado el instrumento al fondo de saco que la piel forma, atraviesa éste y la pared abdominal de dentro afuera, apareciendo su punta con el cordonete enhebrado á escasa distancia del pliegue inguinal.

Al llegar á este tiempo de la operacion, el ayudante se apodera del cordonete que ya no debe abandonar, hasta dejarle convenientemente sujeto, y el operador retira la aguja siguiendo el mismo camino recorrido. Entónces se tira del cordon y se hace que el dedal metálico reemplace al dedo; el bastoncillo sostiene por sus muescas laterales los bordes del invaginador que queda completamente dentro del conducto inguinal. El cordonete, libre por la parte externa de la puntura, se mantiene en conveniente tension hasta persuadirse de que el resto del sencillo aparato está bien colocado, y luego, siempre tirante, se ata á un corchete comun, invertido, que se encuentra cosido á un vendaje de cuerpo previamente colocado, y que, por dos vendeletes que pasan por los hombros, impide que el apósito ceda hácia abajo aún cuando el enfermo se moviese. De esta suerte el sedal ó cordonete tira del bastoncillo y éste del sedal, que no puede salir del conducto; pero para asegurar más aún, y con el objeto que veremos despues, se dan dos ó tres puntos de sutura, que sólo interesan la piel vecina al extremo libre del dedal y por los cuales se hacen pasar los hilos.

En este momento queda la operacion terminada, colócase un *vendaje espica de ingle* suficientemente sujeto, y se espera, recomendando la quietud al enfermo.

Al sexto dia de la operacion se desata el cordonete, y tirando suavemente del bastoncillo á donde se sujeta su otro extremo, se

retira el sedal; entónces queda el dedal sostenido en posicion por los puntos de sutura dados en su abertura con este objeto; y más aún, sostenido por la tumefaccion de las partes circundantes que la comprimen en todos sentidos. No deja de ser frecuente que esta tumefaccion se convierta en un verdadero flegmon superficial, que debe ser considerado como muy favorable para el éxito del tratamiento, pues ayuda á la compresion y adherencia de las partes puestas en contacto.

Transcurridos ocho ó diez dias, córtanse los puntos de sutura y el dedal sale con gran facilidad, sólo, ó á beneficio de una ligera traccion con las pinzas. Retirado el dedal, se debe ejercer una compresion graduada convenientemente, favorecida con el vendaje de espica.

Las ventajas de este método pueden resumirse de la siguiente manera:

1.º Su sencillez; ningun procedimiento hay tan fácil, tan seguro y que requiera ménos instrumental.

2.º La inocuidad; no hace peligrosas ni arriesgadas suturas, no expone á la herida del peritoneo, no pretende ni tiende á inflamar ó gangrenar las partes blandas.

3.º No ocasiona molestias al enfermo, y le cura en un tiempo relativamente muy corto, sin privarle siquiera de su habitual alimentacion.

4.º Puede repetirse sin inconveniente, si tuviese una recidiva.

5.º Es aplicable á las hernias crurales y umbilicales, pues, como dice su autor, bastaria modificar ligeramente los instrumentos y medir los respectivos anillos, para operar las hernias crurales ó umbilicales con tanta seguridad como se operan hoy ya las inguinales.

6.º No exige cuidados ni tratamiento consecutivo, pues si bien se aplica por precaucion un vendaje contentivo, no es condicion precisa, ni tampoco hay que hacer las minuciosas curas que exigen las heridas que todos los procedimientos dejan.

7.º En todos los casos por él tratados se ha observado la curacion, sin que se cuente un solo caso de muerte, ni haya ocurrido el menor accidente desagradable.

Nuestro antiguo compañero en el Hospital de la Princesa, doctor Cortezo, ha introducido importantes modificaciones en dicho

aparato y en la manera de proceder á la operacion. El dedal metálico en lugar de tener la base al mismo nivel, *lo biseló*, con objeto de que no forme prominencia por fuera del conducto inguinal. Las hendiduras del dedal son más extensas, pues casi ocupan la totalidad del cilindro, quedando sujeta la pequeña cúpula del dedal por dos estrechas cintas metálicas. La barrita metálica que sujetaba el dedal, la sustituye nuestro antiguo cólega con una chapa metálica perforada en el centro por donde pasan el hilo que sujeta el dedal en el conducto inguinal. Y además, en lugar de sujetar el hilo fiador que perfora el fondo de saco en el anillo inguinal sobre un vendaje, cual lo hacia el Dr. Egea, lo anuda el Dr. Cortezo, sobre un broche de pasta, con dos agujeros por donde pasan los dos cabos.

El profesor señor Barrios ideó un vendaje sumamente sencillo y cómodo para aplicar á la parte operada en sustitucion del *vendaje en espica* que ántes se usaba.

Muchas veces hemos visto practicar á nuestros compañeros Cortezo y Ustariz el proceder mencionado, y tambien hemos visto al autor del indicado procedimiento, Dr. Egea, nuestro antiguo colega en el cuerpo de Benificencia General, ejecutar el proceder de su invencion en el Hospital de la Princesa. Casi podemos decir que á nuestra vista se han sucedido las modificaciones que hemos mencionado, habiendo podido notar de cerca, no solamente la destreza operatoria de dichos cirujanos, sino los resultados obtenidos en un número bastante considerable de operados.

Un proceder que reúne tantas ventajas, debe figurar en todos los Tratados de Cirugía, y debe contarse como uno de los medios más eficaces que tiene el práctico en el tratamiento de las hernias.

Para evitar que el cirujano tenga que usar diferentes dedales metálicos, segun la mayor ó menor amplitud del conducto inguinal, en los individuos que se operan, fácilmente pudiera construirse un dedal metálico, que por un sencillo mecanismo se dilatara las paredes y tuviera mayor ó menor amplitud. Para ello es necesario un dedal con cuatro valvas metálicas unidas á un eje de la misma sustancia por pequeños travesaños, sujetos á aquél por medio de tuercas, y el eje unido por su extremo superior al fondo del dedal; de este modo, al bajar el eje subirian los travesaños, y se separarian las valvas, ensanchándose el dedal metálico.

LECCION XCIV.

¿Qué conducta debe seguir el cirujano en la *flegmasia*, *atascamiento* y *extrangulación* de las hernias? Tratamiento quirúrgico más adecuado para combatir los accidentes que se indican ¿Cuáles son las indicaciones de las táxis herniaria. Manera como debe verificarse esta operación, atendiendo á la forma y diferentes estados del padecimiento ¿Qué indicación cumple la anestesia en este concepto? Tiempo que debe durar la táxis. Desgarro de los anillos fibrosos sin herida exterior para combatir la causa del extrangulamiento. Operacion de la *quelotomia*. Indicaciones. Manual operatorio de los métodos generales. Accidentes y complicaciones que pueden sobrevenir.

Nos hemos ocupado en la leccion anterior de algunas generalidades sobre las hernias, los medios paliativos que suelen emplearse, de la cura radical de las mismas, exponiendo los datos anatómicos que más hacen relacion, no sólo con dicho estudio si que tambien con otra clase de maniobras quirúrgicas que serán el objeto de este capítulo.

Acontece en ciertos individuos que, padeciendo voluminosas hernias, toleran perfectamente esta clase de tumores sin que en ellos se produzca sintoma alguno; pero hay otros enfermos que tienen una organizacion mucho más susceptible, y á la menor causa, se inician los *fenómenos flegmáticos*, la *extrangulación* ó el *atascamiento*, teniendo que recurrir á la intervencion quirúrgica en un momento dado.

Estos tres accidentes tienen sus caracteres diferenciales por los que se pueden diagnosticar, perfectamente, si bien en algunos casos los síntomas son equívocos y la afeccion es muy compleja.

El *atascamiento* es más propio de ancianos que, por espacio de mucho tiempo, llevan voluminosas hernias; la *flegmasia* y la *extrangulación* son más frecuentes en la edad adulta.

En el primero de estos podemos emplear la *taxis* ó bien otros medios terapéuticos que dan buen resultado. En la *flegmasia* estarán indicados, en primer término, los antiflogísticos, porque si introducimos en la cavidad abdominal las asas intestinales *flegmáticas*, difundirian el proceso patológico por muchos puntos del

peritóneo, generalizando una peritonitis de fatales consecuencias.

En la *extrangulacion*, es preciso remover el obstáculo que la produce, ántes de que sobrevengan intensos fenómenos congestivos que podrian motivar la inflamacion ó la gangrena de los órganos herniados.

Tambien en el *atascamiento* debemos procurar el combatir la causa y los efectos, pues de lo contrario se presentarian alteraciones que exigen medidas más radicales que los procederes ordinarios.

Las indicaciones que se han de cumplir en estos accidentes se fundan sobre las condiciones etiológicas principalmente. Pongamos ejemplos y ellos vendrán á comprobar lo manifestado. Trátase de un anciano que, debido á la semi-parálisis intestinal, vá acumulando materias excrementicias en las asas intestinales de la hernia y las manifestaciones patológicas no se inician hasta haber agotado la *tolerancia*; por estos motivos se ven hechos de atascamientos que han durado catorce y quince días sin fenómenos alarmantes. ¿Qué debemos hacer en este caso? La indicacion etiológica señala desde luego el tratamiento que puede emplearse.

En primer término, se practicará una *taxis* sostenida, prudente, sin magullar los tejidos, colocando á el enfermo en las condiciones más adecuadas, sobre todo, que permanezcan en relajacion las paredes abdominales. Entónces, como los conductos inguinales ó crurales están ensanchados, ordinariamente, la reduccion es muy fácil.

Una vez verificada ésta, debemos administrarle á el enfermo un ligero purgante, ó bien fricciones secas para excitar la contractilidad de las fibras musculares de la capa media intestinal.

En algunas ocasiones nos ha dado un excelente resultado, para conseguir este objeto, el administrar en un *terron de azúcar* unas cuantas gotas de *tintura de nuez vómica* por espacio de unos dias hasta normalizar la contractilidad muscular.

Cuando se presente la flegmasía, es conveniente usar los anti-flogísticos, pues ya decimos que ofrece grandes inconvenientes la reduccion en estas condiciones; mas en el caso de duda, es conveniente tener siempre en cuenta la regla que dá Péan, respecto á este punto: «*más vale creer en una extrangulacion que no existe que ignorar un extrangulamiento constituido.*»

El cirujano se encuentra ante la hernia inflamada en una verdadera disyuntiva, siendo difícil de que se pueda decidir con acierto para tomar una determinacion exacta. ¿Debe operar en un principio haciendo la *quelotomia*, cuando quizás puedan dominarse los fenómenos flegmáticos? ¿Contemporizará con dicha operacion, en cuyo caso puede venir el extrangulamiento, con las fatales condiciones de que las asas intestinales estén adheridas con los exudados plásticos de la peritonitis herniaria? Muy difícil es resolverse en este caso; pero la regla de conducta que debe seguirse, es: usar los antiflogísticos en un principio y emplear la *quelotomia* á el menor asomo de la *extrangulacion*. Este accidente se presenta con bastante frecuencia y muchas veces, cuando los enfermos recurren á operarse ha pasado ya la oportunidad, por cuyo motivo resulta una operacion grave.

No solamente la causa de la *extrangulacion* reside en los anillos fibrosos por donde salen las vísceras y en el cuello del saco herniario, si que tambien sobre los mismos intestinos, los cuales pueden pasar por aberturas del epiplon, ó bien por las bridas de esta cubierta celulosa que han llegado á comprimir una de las asas intestinales, dando motivo á el accidente del cual nos venimos ocupando.

Además, éste puede reconocer como origen el que algunas asas intestinales hayan girado sobre su eje, retorciéndose el órgano y obstruyendo por este motivo su calibre.

Finalmente, la invaginacion puede ocasionar tambien los fenómenos del accidente mencionado.

De todas estas causas, nacen las indicaciones etiológicas que el cirujano ha de cumplir, usando primero los medios más suaves y concluyendo por la *quelotomia*, hasta la formacion del ano artificial, en el caso de que haya que incindirise una parte del intestino porque este órgano se encuentre gangrenado á consecuencia de la *extrangulacion*.

Entre los procedimientos no cruentos que se han venido aconsejando para reducir la hernia, tanto en la *extrangulacion* como para el *atascamiento*, se cuentan los enemas excitantes y gaseosos, así como otra clase de maniobras quirúrgicas que iremos exponiendo sucesivamente.

Se ha recomendado con eficacia los enemas de humo de tabaco muy fuerte, con cuyo medio pudimos alcanzar un buen resultado

Tratábase de un hombre de unos 60 años de edad, el cual venia padeciendo desde hacia mucho tiempo de una hernia inguinal en el lado izquierdo. Tuvo este individuo, por los esfuerzos de la defecacion, un aumento de volúmen en el saco herniario y todos los fenómenos de la extrangulacion.

En estas condiciones, y pocas horas despues de habersele presentado los síntomas que revelan dicho estado, se le administró un enema con humo de tabaco, lo cual verificado, empezaron á contraerse las asas intestinales de la hernia, y con un pequeño esfuerzo se pudo reducir casi instantáneamente.

Tambien se ha propuesto el colocar á el enfermo con la cabeza hácia abajo y los piés en sentido opuesto. Nosotros recordamos á un campesino, que cuando no podia introducirse la hernia se situaba sobre una pared, apoyándose en el suelo con la parte superior del tronco,— bastante encorvado hácia adelante—region posterior del cuello y cabeza, y dirigiendo las extremidades inferiores hácia arriba, obtenia la reduccion. Creemos que sin adoptar una posicion tan violenta pudiera ensayarse el procedimiento.

Se han recomendado tambien el aplicar un gran peso sobre las paredes abdominales; hacer una expiracion forzada y rápida y otra multitud de medios más ó ménos empíricos, que si una vez dan resultado, en otras muchas no sirven más que para causar grandes molestias á el enfermo.

Dos procederes únicamente ofrecen algunas garantías que, son: la *taxis* y la *quelotomia*, conocida por otro nombre bajo la denominacion de método para la hernia extrangulada. Hemos omitido la puncion con trócares ó aspiradores, porque si bien pueden expulsar los gases intestinales, no por ello remueven la causa de la extrangulacion.

Para verificar la *taxis* es conveniente, ante todo, colocar á el paciente con las piernas dobladas y el tronco inclinado hácia la parte anterior y apoyado con almohadas para poner en relajacion las paredes abdominales (1).

En esta posicion, se aplican los dedos índice y medio por una parte, y por otra el pulgar de la mano izquierda del operador sobre

(1) De esta manera deben colocarse los enfermos, no sólo para la *taxis* de la hernia umbilical si que tambien para las que en otras regiones se formen. Lo mismo debemos hacer cuando se practique la *quelotomia*.

los mismos bordes del anillo umbilical, á el objeto de que se puedan *enfilarse* bien los intestinos que se pretenden introducir dentro de la cavidad del abdómen. Con la mano derecha del cirujano, sola, ó con el auxilio de ayudantes inteligentes, se debe tantear la reduccion con muchísima prudencia y sin esfuerzos que pudieran mortificar las asas intestinales.

Cuando la extrangulacion consiste en el anillo, muchas veces se puede combatir con la *taxis*, pero si radica en el mismo cuello del saco herniario, ésta no debe intentarse en manera alguna; toda vez que, aunque se introdujera toda la hernia dentro del abdómen, como subsistiría la extrangulacion, léjos de aliviar á el enfermo lo condenaríamos á una muerte segura.

¿Hasta qué tiempo puede estar indicada la *taxis*? Péan establece una série de reglas que son útiles de conocer, porque ellas pueden servir de norma y guia para conducirse en este punto. Dice el cirujano del Hospital de San Luís: «En las primeras 24 horas la reduccion por este medio debe intentarse, pues casi siempre produce buenos resultados; sin embargo, si se trata de una hernia crural de pequeño volúmen es necesario usar la *taxis* con la mayor prudencia, pues en dichos afectos las alteraciones patológicas marchan con una rapidez superior á toda prevision.

En las 36 primeras horas la *taxis* es todavía aplicable, pero solamente á las hernias voluminosas ó de medianas dimensiones, especialmente si se trata de un *entero-epiplocele*, porque entónces la marcha patológica es mucho más lenta.

Despues de las 36 horas seria peligroso recurrir á ella, mucho más tratándose de las hernias crurales mencionadas y que no contengan más que el intestino. En otra clase de hernias se puede emplear la reduccion no cruenta hasta el término de 48 horas.

Las ideas de Gosselin respecto á este punto son concluyentes y muy parecidas á las de Péan. Dice el cirujano francés: el tratamiento de la extrangulacion herniaria debe consistir en llevar á cabo inmediatamente la *taxis*, siempre que sea posible, y la *quelatomiya* cuando la prudencia no permita aquella.

Guyton manifestaba en 1848, que la *taxis* puede servir como medio curativo y de diagnóstico, siempre que se use con prudencia y bajo la influencia del sueño anestésico. En efecto, si en aquella época no se conocian con todos los detalles los grandes auxilios que se podian recabar del empleo del cloroformo y del éter para la

reduccion de las hernias, hoy, que este estudio ha llegado casi á la *meta* de la perfeccion, y que los ensayos múltiples han podido dar completa idea de dicha operacion preliminar, hoy, repetimos, puede asegurarse (pero no en absoluto como pretenden algunos), que el práctico encuentra en la anestesia un medio para ayudar á la taxis.

Este asunto no está todo lo dilucidado que debiera estarlo en vista de los múltiples elementos que hay que tener en cuenta. Supongamos, por ejemplo, que se trata de una hernia inguinal estrangulada: radicando la causa del accidente sobre los anillos fibrosos, es evidente que en este caso, relajándose un poco los músculos abdominales se puede verificar la reduccion; pero por otra parte hay que pensar que ántes de la anestesia las contracciones musculares no *son constantes* sino intermitentes, y el cirujano puede aprovecharse de uno de estos estados, colocando en completa relajacion las paredes abdominales para verificar la *taxis*.

Aunque este hecho es cierto en el *concepto fisiológico*, hay que tener en cuenta que los mismos síntomas y la excitacion intestinal que se provoca, actúa, *reflejamente*, sobre todos los músculos de una manera constante, y que por ello la accion anestésica produce la relajacion que se necesita para reducir la hernia. Mas si la extrangulacion depende del cuello peritoneal del saco herniario ¿qué adelantará el cirujano con dar la anestesia para la *taxis*, si en estas condiciones no debe verificarse la *reduccion* sin haber ántes removido el motivo del accidente? A nuestro modo de ver, la anestesia cumple la indicacion que hemos manifestado. Cuando se practica la *taxis* en un individuo no sumido en el sueño clorofórmico, siempre le provoca la maniobra quirúrgica algunas molestias y dolores que, instintivamente, hacen contraer de una manera espasmódica los músculos abdominales.

La *taxis* tambien se ha empleado por medio de tiras de goma que, pasando por la hernia, fuesen á tomar sus puntos de apoyo sobre la cintura, á manera de las circunvoluciones de los vendajes llamados *capelinas*.

Este procedimiento aconsejado por Maisonneuve, ofrece, más inconvenientes que ventajas; pues por mucho cuidado que se tenga no se puede dirigir la accion mecánica de la compresion elástica en la direccion de los conductos. Además, dicho medio obra de una manera *ciega*, y no es posible que pueda sustituir nunca á la

accion inteligente y gradual de la mano del práctico, que aumenta, disminuye y lleva el esfuerzo para la reduccion, en la forma y modo más conveniente para alcanzar el objeto que se pretende.

¿Cuánto tiempo debe durar la taxis? Los cirujanos señalan un período marcado; así, mientras algunos manifiestan que el *máximo* que debe prolongarse son 15 minutos, otros llegan hasta recomendar un espacio de tiempo de media hora, si bien no puede señalarse *plazo fijo*, toda vez que ciertos individuos pueden resistir más tiempo, debido á el estado de su organismo y á la disposicion en que se encuentre la hernia.

La *taxis forzada* está hoy completamente rechazada por los grandes peligros que puede ocasionar. Decia Malgaigne, refiriéndose á este procedimiento, lo siguiente: «la *taxis forzada* de Amussat concluyó por *inspirar miedo á Lisfranc* (uno de sus principales encomiadores), y el proceder de éste á Gosselin; y la *taxis* que recomendaba este último práctico á todos los demás cirujanos»: y esto despues que dicho profesor la habia modificado muchísimo, empleándola siempre con el auxilio de los anestésicos.

Cuando ya se han empujado los intestinos hácia el abdómen, cesan, en la mayoría de veces, los fenómenos de la extrangulacion; mas en el caso de que subsistan hay que sospechar: que la reduccion es incompleta, ó bien á que aquella se verificó *en masa* persistiendo dentro del abdómen la causa de la constriccion de las asas intestinales. En estas circunstancias es conveniente examinar detenidamente el conducto por donde penetró la hernia, pues puede acontecer que á consecuencia de adherencias antiguas ó recientes no se hayan podido reintroducir las asas intestinales. ¿Qué debemos hacer entónces? Nosotros creemos que lo más práctico y prudente es verificar la abertura del saco herniario para separar las adherencias, ántes de que, persistiendo los fenómenos del accidente, pudiera sobrevenir muy pronto un fatal desenlace.

Si la *reduccion en masa* convirtió la extrangulacion externa en interna, y se ve que pelagra la vida del paciente, creemos que debe verificarse la abertura del abdómen para deshacer lo que puede motivar la complicacion, ántes que dejar morir á el enfermo.

El desbridamiento externo se ha recomendado, más bien fundándose en un concepto teórico que en una base práctica. Consiste este proceder en llevar el dedo índice de la mano derecha sobre el anillo fibroso que produce la extrangulacion y, formando con la

última falange un *verdadero gancho*, tirar hasta que se rompan las fibras.

Nosotros habíamos oído encomiar mucho á un cirujano andaluz, llamado Diaz, el cual habia podido llevar á cabo varias curaciones con este procedimiento (1). Mas, por poco que en él nos fijemos, podrá comprenderse que dichos enfermos se hubieran curado de la misma manera por medio de una taxis bien combinada y sostenida.

A donde pueda entrar el dedo índice hay espacio suficiente para reducir paulatinamente toda clase de hernias; y sobre todo, que la compresion violenta que ejerce el dedo sobre la piel, pudiendo coger algunas veces una parte del epiplon ó parte intestinal, no puede ser más funesta, pues dará ocasion á fenómenos flegmáticos que redundarán en grave perjuicio del operado.

La *quelotomia* es el procedimiento radical más completo, y el que—cuando fracase la taxis prudentemente empleada—puede dar mejores resultados.

Vamos á describir la manera como nosotros la hemos practicado. Anestesiado el enfermo, formamos un pliegue de la piel, y sujetando éste con la mano izquierda del operador, por uno de sus extremos y por el otro con la de un ayudante, introducimos un bisturí por la base, con el dorso vuelto hácia los tejidos profundos y el filo hácia la superficie. En esta disposicion venimos cortando de abajo arriba hasta que resulta una herida de las suficientes dimensiones y direccion para poner al descubierto el saco herniario.

Este modo de incidir tiene la ventaja de acortar el primer tiempo operatorio, pues si se van incindiendo capa por capa con la sonda canalada, la maniobra quirúrgica se hace interminable.

Algunas veces, cuando las adherencias llegan hasta la piel—lo cual no acontece sino en muy excepcionales y rarísimos casos—este procedimiento no puede efectuarse.

Una vez sobre la superficie externa del saco, se pueden seguir dos distintas modalidades operatorias: una, destruir la causa de la extrangulacion sin abrir el saco; otra, abrir éste para examinar las asas intestinales, separar adherencias, etc.

(1) Este método es antiguo, pues de él hablan Thevenin y muchos cirujanos contemporáneos de éste. El profesor bélga Seutin, lo recomendaba con bastante entusiasmo.

La primera, como se comprenderá perfectamente, está indicada cuando el origen de la extrangulación radica en los anillos fibrosos; y para ello se lleva la punta del dedo índice sobre la hernia para proteger los órganos intestinales y cubierta peritoneal introduciendo un bisturí botonado, con lo cual se incinden las fibras que extrangulan á el cuello herniario.

¿En qué dirección debemos verificar los *desbridamientos*? Estos han de estar subordinados á la constitución anatómica del punto en que radique la hernia; así, en la umbilical, incidiremos hácia arriba y lado izquierdo ó bien superiormente haciendo múltiples desbridamientos, teniendo en cuenta la dirección de la vena hepática ó cordones fibrosos que le substituyen.

En el conducto inguinal puede estar el motivo del accidente en la abertura externa ó interna: en la primera, el *desbridamiento* no ofrece peligro alguno, de modo que á cualquier lado que se dirija la incisión producirá el resultado que se desea.

Cuando la causa radica en la abertura abdominal, los intestinos han podido salir por la fosita interna ó externa ó ser la hernia de las que se llaman intersticiales; para estos casos se había dado en lo antiguo la siguiente regla: *hernia externa, incisión hácia fuera, porque á el lado opuesto corresponde la arteria epigástrica; y cuando aquella es interna, el vaso queda hácia la parte externa, y entónces la incisión debe dirigirse hácia dentro.*

Si los intestinos hubiesen salido por las dos fositas y á ellas corresponda la extrangulación, como la arteria queda en medio, los desbridamientos pueden dirigirse por la parte más externa y por la más interna del cuello herniario.

Cuando se reflexiona sobre este punto, fácilmente se comprenderá que no hay que tener la zozobra y el temor que se exagera en las Obras de Cirugía, cuando de esta cuestión tratan, teniendo presente que el corte de dicho vaso se puede evitar muy bien dirigiendo las incisiones, en la hernia externa, directamente hácia la parte superior, y en la interna, en una dirección muy oblicua hácia la línea alba ó *rafe* pubeo-umbilical.

Esta manera de practicar el desbridamiento tiene grandes ventajas, porque la dirección de la arteria epigástrica es oblicua de arriba abajo y un poco de fuera adentro, de manera que la situación del vaso puede estar representada por una línea imaginaria que, tomando origen del borde interno de la abertura abdominal del

conducto inguinal, fuese á terminarse á unos dos á cuatro centímetros, próximamente, del ombligo, en cuyo punto se divide en varios ramos para las anastomosis de la mamaria.

La hernia crural reconoce por causa de la extrangulación (en la parte referente á tejido fibroso) el reborde ó base del ligamento de Gimbernat ó una de las aberturas de las *fascias cribiforme*.

Una vez vencida, se empuja con cuidado el saco herniario, y despues se aplican puntos de sutura y apósito antiséptico de Lister.

Cuando haya necesidad de abrir el saco herniario, se coje un pliegue de éste y se incinde para poner al descubierto las asas intestinales ú órganos contenidos en aquel; se busca lo que motiva el extrangulamiento y se aplica el proceder necesario.

Despues de conseguido esto, se procura separar las adherencias que se hayan establecido entre los intestinos y la cubierta peritoneal, y se reducen á la cavidad del abdómen, en el caso de que no presenten alteraciones patológicas que puedan producir grandes trastornos por su estancia en el vientre.

Si el intestino ó el epiplon presentan ulceraciones, síntomas de gangrena ú otra clase de signos que contra-indican la reduccion, el cirujano debe seguir una conducta distinta segun la clase de alteraciones patológicas que tenga á la vista.

Unas veces será conveniente fijar el asa intestinal sobre la abertura é incindir aquella con el bisturi para formar el ano artificial; otras, resecar una parte del intestino, aplicar la sutura y reducir dichos órganos; pero fijándolos sobre la pared abdominal para que no difundan la flegmasía por el peritóneo y ocasionen una peritonitis traumática de funestas consecuencias.

Cuando se trata del epiplon es muy conveniente, por poco alterado que esté, no reducirlo, pues es preferible que pueda obturar la abertura sirviendo como un *tapon* cicatricial, que introducirle en la cavidad del abdómen.

Para excindir el pedículo del *epiplocele* se han empleado los cáusticos y la ligadura con buen resultado; esta última es preferible, mucho mejor si es de *catgut* ó de *magnesio*.

Concluida la operacion se lleva el operado á la cama, y se le hace poner de tal manera que las paredes del vientre queden en relajacion.

Es conveniente usar el opio para evitar la contractilidad de las

fibras musculares del intestino. Péan recomienda el alcohol, y el sulfato de quinina ó bien el hidroferro-cianato de esta sustancia para combatir los efectos del traumatismo.

LECCION XCV.

¿Cuándo haya gangrena intestinal, debemos verificar la reseccion del intestino, sutura de los extremos y reduccion del órgano á la cavidad del abdómen, ó establecer el ano accidental?—Paralelo entre las ventajas é inconvenientes de uno y otro método.—Formacion del *ano accidental*.—Operaciones cruentas para restablecer el curso de las materias excrementicias por su conducto normal.—Oclusion intestinal.—Tratamiento quirúrgico de la misma.—Operacion de Nélaton para combatir los efectos de la oclusion intestinal.

Hemos indicado en la leccion anterior, que en el caso de que se encuentren las asas intestinales de la hernia en estado gangrenoso, debe verificarse la reseccion de toda la parte afecta, siguiendo despues, uno de los dos distintos procedimientos que tienen por objeto la formacion del ano accidental ó la sutura del intestino y reduccion de los mismos á la cavidad del vientre.

¿De los dos caminos indicados, cuál es el que ofrece mayores ventajas? La formacion del ano artificial no es tan propensa á los accidentes gravísimos que suelen presentarse cuando se verifica la reseccion y reduccion intestinal: como lo prueban numerosas observaciones referentes á una y otra maniobra quirúrgica. En cambio, si se pretende obturar la abertura del abdómen en el ano accidental para que las materias fecales sigan su curso, hasta salir por el extremo inferior del tubo digestivo, hay que llevar á cabo procederes cruentos, que no siempre están exentos de algun peligro.

Si comparamos estas operaciones en el concepto de la gravedad, nuestra opinion se inclinará desde luego al primero de dichos métodos, apoyándonos en que muchas veces el cirujano no puede preveer hasta qué grado ha de llegar la invasion de los fenómenos gangrenosos; pues aunque se recomienda que el práctico no incinda sinó por las partes sanas, como esto no es posible en algunas ocasiones, puede ocurrir que en los mismo puntos en que se aplican los suturas se presente la mortificacion de los tejidos.

Agréguese á lo expuesto, la difusion flegmática á que puede

dar lugar el contacto de vísceras contaminadas de graves alteraciones patológicas; y también, el que muchas veces se forme la cicatriz y dé ésta por resultado la *estenosis intestinal* y los síntomas consiguientes.

El peligro que, posteriormente, habría de inspirar cuidado, al ocluir la abertura del ano accidental, ha desaparecido en su mayor parte; porque los procedimientos, para destruir el *espolon intestinal*, se han perfeccionado muchísimo, y la disección no se practica sobre la serosa cual ántes se hacía, sinó que recae sobre la mucosa, cuya membrana se desliza hasta cubrir toda la solución de continuidad, lo cual conseguido se aplica una doble sutura: una sobre el intestino y otra sobre las paredes del abdómen.

Fundados en estos razonamientos creemos preferible la formación del ano accidental ¿De qué manera se verifica dicha operación? Una vez hecha la abertura del saco hernario se destruye la causa de la estrangulación; siendo conveniente, examinar detenidamente el intestino y excindir la parte gangrenosa, haciendo la excisión por aquellos puntos en que no haya alteración alguna. La gangrena puede comprender una parte de la pared intestinal ó bien el tubo digestivo en una extensión más ó menos considerable. En el primer caso se procura dar á la abertura una forma elíptica y se pasan puntos de sutura que fijen el intestino á las paredes abdominales; cuando ocurra lo segundo, los puntos de unión deben colocarse entre uno y otro extremo del conducto intestinal para que se adapten serosa con serosa en la cara posterior, De este modo puede procurarse que quede una solución de continuidad de la misma figura elipsoidea hácia la parte anterior, correspondiente á la pared abdominal, sujetando los bordes mediante puntos de sutura á la piel y tejido celular de la *abertura que ha de constituir el nuevo ano*.

En la forma indicada no queda *espolon intestinal*, pero nunca hay una seguridad tan completa como cuando se sigue el proceder que pudiéramos llamar clásico. En éste se fijan hácia fuera los extremos intestinales, con seda antiséptica ó con catgut y las adherencias no tardarán en presentarse, pudiendo entónces prevenir los derrames en la cavidad del abdomen.

Las materias excrementicias continuarán saliendo por la nueva abertura, procurando la mayor limpieza para que no sobrevengan escoriaciones en la piel ni se hipertrofie el rodete mucoso.

Los profesores antiguos exponían ciertas consideraciones para explicarse hácia qué punto correspondía el extremo superior intestinal, lo cual hoy carece de importancia, porque es fácil tener conocimiento de este dato que, por otra parte, en nada modifica al procedimiento quirúrgico que se ha de emplear.

¿En que época debe obturarse el ano accidental para que las materias excrementicias sigan su natural curso? ¿Los peligros que puedan acarrear los procederés que se practiquen, serán una contra-indicación para que el cirujano no intervenga en este caso?

Nuestra opinion en este punto es lo suficientemente explícita para indicar, que una vez que se hayan establecido las adherencias, debe emprenderse la oclusión de la abertura artificial: no admitiendo ningún motivo que contraindique esta conducta, á no ser el que naturalmente se desprenda de una considerable estenosis intestinal, situada en el espacio comprendido entre el ano accidental y el recto.

¿De qué manera podremos resolver este asunto? Hay medios suficientes para diagnosticar esta complicación de una manera bastante clara. En primer término, haremos un reconocimiento detenido del extremo intestinal inferior que está abocado á la abertura de las paredes abdominales; en segundo lugar, podremos aplicar inyecciones de una materia poco absorbible, por el extremo indicado, aunque esté por medio la válvula ileo-cecal, suponiendo, como generalmente sucede, de que el ano accidental corresponda á el intestino delgado.

Cerciorados ya con estos datos, procederemos á la oclusión de la abertura del vientre, disecando, por el procedimiento de Denonvilliers, el rodete mucoso y parte de las fibras musculares de la capa media; deslizándoles despues las membranas disecadas, y cerrando la abertura con cuerdas de catgut ó de seda antiséptica. Una vez ocluida la pared intestinal, uniremos las capas anatómicas superficiales correspondientes á las paredes abdominales, colocándoles despues la cura antiséptica de Lister.

El procedimiento que acabamos de describir se puede practicar cuando no existe el *espolon* que resulta del adosamiento, ó bien despues que se haya destruido éste por uno de los múltiples medios que han venido recomendando los cirujanos.

Dupuytren habia propuesto un instrumento conocido con el nombre de *enterotomo*, que viene á ser una pinza de presión conti-

nua, la cual se efectúa mediante un tornillo de tuerca que lleva en el extremo de sus ramas. Estas, para aproximarse, cojen las caras laterales del espolon, y mortificando los tejidos que lo componen, dejan expedito el calibre intestinal, haciendo desaparecer el tabique incompleto que formara el indicado espolon.

Bajo la base del enterotomo de Dupuytren, se han construido un considerable número de esta clase de instrumentos para conseguir el mismo resultado; como sucede con el de Richet, Nélaton y Panas.

Nosotros creemos perjudicial el uso de este medio por la manera como obra, lo cual puede ser causa para que se presenten perforaciones intestinales y la caída de los *detritus orgánicos* en la cavidad peritoneal. No es necesario exponer los gravísimos peligros que esto acarrearía.

Hay además otro inconveniente, á nuestro modo de ver, de mucha importancia, sobre el cual hubo de llamar la atención el doctor Martínez Molina, de Madrid. Este cirujano manifestaba: que puede ocurrir muy bien, el que una asa intestinal anide en el ángulo posterior que forma el espolon y pueda ser aprisionada por las ramas del enterotomo; en cuyo caso, el trastorno que esto ocasionaría sería de funestas consecuencias.

Para destruir el *espolon* se han recomendado también un aparato compresivo para que aplastase la arista que aquél presenta; y otros cirujanos han aconsejado el corte con el cuchillo gálvano-cáustico, ó con el empleo de otras sustancias que obrasen en el mismo sentido. Nosotros creemos que el procedimiento que reúne mayores ventajas, viene á ser la aplicación de pequeñas asas de seda antiséptica, para que, comprendiendo la parte más saliente del *espolon*, puedan extrangularlo, dejando sólo un calibre suficiente para el paso de los materiales excrementicios; y una vez obtenido este resultado, obturar la abertura exterior con el procedimiento de Denonvilliers, que ya hemos descrito.

¿Si existe oclusión intestinal, sin hernia, debe el operador verificar la *laparotomía* para atacar directamente á la causa?

Antes de resolver esta cuestión, vamos á exponer algunas consideraciones que hacen referencia á el asunto que vamos á estudiar.

En la Cirugía antigua se conocía con el nombre genérico de *vólvulo ó cólico miserere* (sin duda para expresar de una manera más gráfica lo grave del padecimiento) una afección bastante com-

pleja por los motivos que la producen, cuyos síntomas principales vienen á reflejarse por una obstruccion en el intestino que impide el paso de los materiales alimenticios.

Multitud de medios se venian empleando, la mayor parte de ellos de una manera empirica, porque muchas veces se ignoraba la génesis de la enfermedad, y aún en el caso de que se conociese, la terapéutica quirúrgica era impotente, porque se consideraba como temeraria cualquier tentativa cruenta que, para remediar el accidente, se emprendiera.

Era necesario, ante todo, especificar las causas que motivaban la oclusion intestinal; para lo cual se establecieron diversas clasificaciones que comprendiesen en detalle los orígenes de la obstruccion del intestino.

Nélaton los señaló en la siguiente clasificacion:

- 1.º Cuerpos extraños.
- 2.º Tumores abdominales.
- 3.º Invaginacion.
- 4.º Extrangulacion interna.
- 5.º Torsion intestinal.

Bajo estas bases se allanó muchísimo el tratamiento quirúrgico, si bien hay que admitir, como complemento del estudio, que suelen presentarse estrecheces puramente intrínsecas que impiden el paso de los alimentos, y paulatinamente provocan los síntomas de la oclusion intestinal.

Muy extenso seria el que pasásemos revista á los numerosos trabajos con que se ha enriquecido la literatura quirúrgica en lo que á esta materia se refiere. A parte de lo publicado en los periódicos y de las actas de las diversas Sociedades Cientificas, existen multitud de Tésis y Tratados que se ocupan de este asunto. Citaremos entre los más importantes, los de Masson, Besnier, Duchaussoy, Laugier, Rieux, Leneveu y Henri Henrot.

La oclusion intestinal originada por cuerpos extraños, puede combatirse muchas veces sin necesidad de apelar á la *laparotomia*, valiéndonos de ciertos purgantes drásticos que provoquen una gran secrecion de serosidad, la cual puede empujar hácia el ano el obstáculo estacionado en el tubo digestivo; y en el caso de que este medio no diese resultado favorable, entónces podrá recurrirse á la abertura de las paredes abdominales y del intestino para dar salida á lo que motiva la oclusion.

Como fácilmente se comprende, el cirujano debe llevar una guía para verificar la incision abdominal y dirigirse directamente á la causa que provoca el padecimiento. Algunos prácticos creen que por la naturaleza de las materias expulsadas ó por los vómitos se puede venir en conocimiento de la parte ó porcion intestinal en que radica la oclusion. Este dato, si bien puede ser de alguna utilidad, no ofrece ni con mucho, la exactitud necesaria.

¿Debemos guiarnos por los dolores que acuse el enfermo? Este sintoma nos podrá dar alguna luz; pero hay que tener presente que tanto en el torax como en el abdómen, las sensaciones dolorosas, producto de un padecimiento, experimentan múltiples sensaciones reflejas que pueden motivar vacilaciones y engaños al formular el diagnóstico.

Hay un signo que es de bastante valía, el cual consiste en la gran dilatacion intestinal que se forma por encima del punto en que el tubo digestivo está ocluido. Hay que tener presente, sin embargo, que el intestino tiene múltiples circunvoluciones.

Conocida la topografia anatómica del abdómen, fácil es, sin necesidad de muchos tanteos, comprender la region del tubo intestinal en que se encuentra la causa del padecimiento, ya sean cuerpos extraños, tumores abdominales, invaginacion, extrangulacion interna motivada por bridas epiplóicas ó neo-membranas producto de una flegmasia peritoneal.

En todos estos casos, muchas veces no es necesario que el cirujano tenga que dilatar el intestino, bastando sólo remover el cuerpo que produce la extrangulacion.

En otras faces del padecimiento hay una parte de intestino gangrenada con motivo de la invaginacion ó extrangulación, ya sea por la índole del accidente, ó ya porque el práctico haya recurrido demasiado tarde á verificar la maniobra quirúrgica.

Cuando esto sucede hay que hacer la excision de una parte intestinal y despues la sutura de los extremos seccionados. Tenemos, pues, que tanto en este concepto como si el tubo digestivo está sumamente estrechado ó afecto por una neoplasia que haya invadido la textura anatómica del órgano, el cirujano ha de verificar lo que impropriamente han dado en llamar *reseccion intestinal* y *la enterorrafia*.

No son muy brillantes los resultados de la primera operacion; pero hay que tener en cuenta la clase de individuos sobre los cua-

les recae la maniobra quirúrgica y la naturaleza del padecimiento por lo cual se practica.

Jaffe (1) en una notable *Monografía*, refiere, que Kocher, de tres resecciones intestinales ó enterotomías (nombre que mejor cuadra á la índole del método) tuvo dos curaciones y un muerto; contando que sólo en uno se verificó la *laparotomía*, pues en los demás se trataba de hernias crurales.

En 1879, Billroth y Woelfler hicieron dos operaciones de este género, y los pacientes fallecieron poco despues de haberse operado.

En el mismo año dió á conocer Kuester, en el Congreso quirúrgico, tres laparotomías las cuales tuvieron muy mal éxito.

Hagedorn en 1880—dice Jaffe—operó dos veces con buen resultado. En resúmen, el grado de mortalidad viene á representar, próximamente una mitad de curaciones por otra de mortalidad.

La estadística francesa dá aún peores deducciones; así observamos, que en Octubre de 1880, Nicaise presentó la observacion de un individuo de 45 años de edad, en el cual, con motivo de una estrechez intestinal, ocasionada por adherencias, hubo necesidad de emplear la *enterotomía*, de cuya resulta murió el operado.

Trelat tambien perdió un enfermo á quien practicó la *laparotomía*, motivada por una extrangulacion de la *S iliaca*. Perier tuvo tres éxitos desgraciados á consecuencia de la *laparotomía* y muchos otros cirujanos refieren hechos análogos. ¿Querrá decir esto que debemos abandonar esta clase de operaciones?

Reflexionando un poco sobre este punto, se comprenderá, que solamente unos cuantos operados que se salven, justifican sobremanera una maniobra quirúrgica que siempre se verifica en *casos desesperados y sobre individuos condenados irremisiblemente á morir, si se les deja en lo que se llama expectacion, por no decir claramente abandono*, que es el nombre que mejor expresa semejante proceder.

¿Qué hubiera sucedido en la enferma á quien Kœberle, excindió ¡dos metros de intestino! afectos de una considerable estenosis, si se hubiese abstenido de operar? No es difícil el comprender que dicho estado, incompatible con la vida, le hubiera ocasionado la pérdida de ésta en brevisimo plazo. Con la operacion pudo salvarla de una muerte segura, recobrando por completo la salud en poquisimos dias.

(1) Monografía traducida por Varela de la Iglesia.

Lo notable en esta operacion para muchos cirujanos era, que el antiguo profesor de Strasburgo no habia empleado, con arreglo á la práctica listeriana, la cura antiséptica durante el curso de la maniobra quirúrgica.

Nosotros nos explicamos el hecho, teniendo en cuenta, que dada la gran absorcion del peritóneo se originan los efectos tóxicos (que algunas veces se presentan por este motivo), cuando se exageran las pulverizaciones de ácido fénico (*spray*). Varios prácticos han dado la *voz de alarma* sobre este punto. No solamente en los casos que nos ocupamos, si que tambien en las ovariotomias, (cuando en éstas hay que separar múltiples y extensas adherencias) debe suprimirse la *niebla fénicada* sustituyéndola con el lavado por medio de esponjas: lo necesario para no traspasar los límites de la antisepsis.

Cuando la *enterotomia* se verifica á consecuencia de una *neoplasia maligna*, tiene ménos probabilidad de curacion que cuando se trata de una estrechez en la que no haya temores de reproduccion. A pesar de la fatalidad de este pronóstico, entre la *muerte segura del enfermo, en brevisimo plazo y despues de una série continuada de tormentos, y una esperanza de curacion, por remota que ésta sea*, el práctico no debe vacilar en buscar esta última, encontrándose en la disyuntiva que exponemos.

Para llegar sobre la causa que produce la extrangulacion se incinde capa por capa la pared abdominal en el sitio que se presume que el padecimiento radica; y á medida que se vaya penetrando en los planos más profundos debe redoblarse la vigilancia para cortar con regularidad el peritoneo.

Cohibida la hemorrágia, y ya sobre la membrana serosa, se coge un pequeño pliegue, se incinde en figura de *ojal*, y por él se introduce una tijera de puntas romas ó un bisturí botonado dilatando la herida todo lo necesario para que quede *campo operatorio* suficiente.

Verificado este tiempo del método quirúrgico, se investiga, con las precauciones necesarias, el punto en que el vólvulo está estacionado para remover lo que motive la enfermedad; lo cual obtenido se coloca la doble sutura: una profunda para reunir los músculos contiguos á la hoja peritoneal y otra más superficial para la piel y tejido célula-adiposo.

Nélaton habia indicado un procedimiento que se diferenciaba

mucho de los hasta entónces aconsejados. Dicho cirujano practicaba en el lado derecho una incision por encima del ligamento de Falopio, en la direccion, desde la espina iliaca anterior superior hasta un punto correspondiente á la abertura interna del conducto inguinal, respetando la arteria epigástrica. Se cortan los músculos oblicuo, mayor, menor y transverso hasta el peritóneo, haciendo que la línea cruenta se vaya acortando á medida que se profundiza. Puesto á el descubierto la serosa, se corta con las necesarias precauciones y aparece en la herida una asa intestinal.

En esta disposicion, sutura perfectamente el intestino á la pared del abdómen (ántes de abrirlo) con multitud de puntos, los cuales se aplican con seda y agujas muy curvas para que abarquen el órgano y los tejidos del borde cruento del vientre, á excepcion de la piel.

Hecho esto, queda sujeto el intestino, resultando un espacio medio de dicho órgano perfectamente abocado á la solucion de continuidad. Se abre entónces el tubo digestivo por una mediana incision y queda formado el ano artificial.

Dicho método se funda en las orígenes siguientes: Habia hecho Nélaton varios ensayos cadavéricos, verificando disecciones en la mencionada region, pudiendo averiguar que la parte de intestino, que á este punto corresponde, dista un metro del recto, y que por la abertura se pueden evacuar las sustancias que estén detenidas por debajo del vólvulo, con lo que muchas veces se mejora éste; y en algunas ocasiones se puede obtener hasta la curacion completa.

El proceder de Nélaton lo creemos desprovisto de fundamentos para practicarlo como método general: 1.º porque dista mucho más de un metro del recto, la parte en donde se hace la abertura; 2.º porque nada se adelanta si no se combate directamente la causa que produce la oclusion. Así es, que puede acontecer muy bien, que las curaciones se deban á otros motivos y no á la operacion descrita. ¿Qué ventajas reportaria ésta si hubiese torsion intestinal en la primera porcion del *ileon* ó del *yeyuno*? Creemos que es un medio *demasiado indirecto, al par que grave*, para que pueda inspirarnos la más pequeña confianza. En resúmen, la *laporotomía*, si bien es arriesgada, debe practicarse cuando la indicacion sea clara y evidente; y aunque peligrosa, los casos de curacion que se cuentan *justifican toda clase de racionales tentativas*.